1° COMMENT RECONNAITRE L'ACIDE ACÉTIQUE MÉLANGÉ AVEC LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS?

N° 21.

2° D'OU VIENNENT LES FILETS NERVEUX QUI ANIMENT LES MUSCLES DE L'ÉMINENCE THÉNAR?

3° A QUELS SIGNES DISTINGUE-T-ON LES HERNIES DES AUTRES MALADIES QUI PEUVENT LES SIMULER?

4° DE LA NATURE DU CROUP.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,

le 26 Mars 1838;

Par

Louis-Édouard HOFFMANN,

De Wissembourg (Bas-Rhin);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Montpellier.

IMPRIMERIE DE MATTHIEU DUCROS,

Rue des Sœurs-Noires, n° 3, derrière l'Église St-Roch.

1838.

A MON PÈRE,

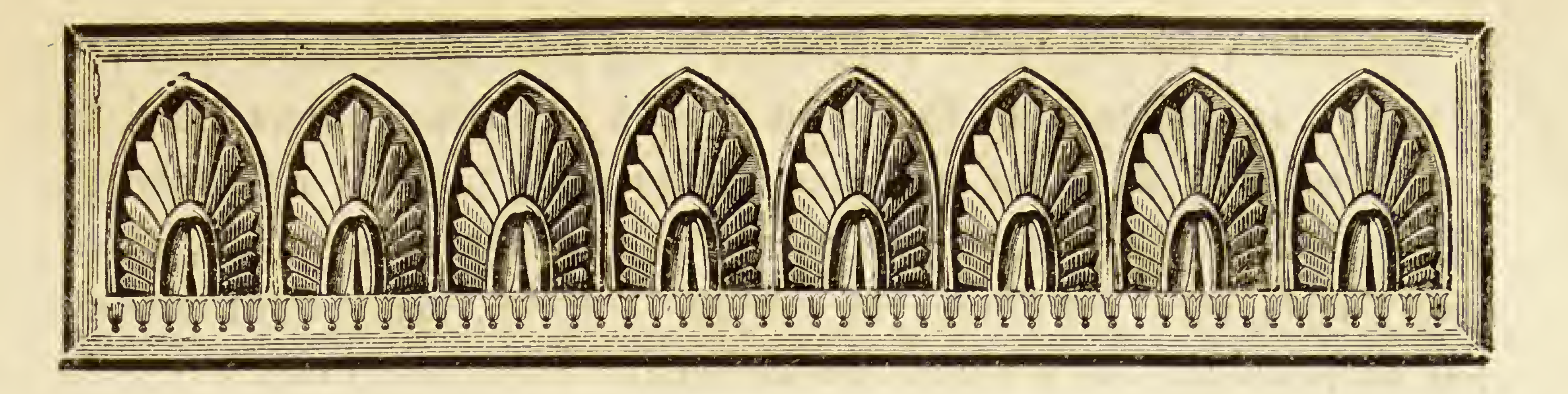
DOCTEUR EN MÉDECINE,

Faible témoignage de respect, d'amour filial
et de reconnaissance éternelle.

A MES FRÈRES ET SOEURS,

Amitié et dévouement sincère.

L.-É. HOFFMANN.



(N° 15.)

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître l'acide acétique mélangé avec la matière des vomissemens ?

Dans l'examen des matières provenant du vomissement, je crois qu'il faut d'abord rechercher si elles donnent une réaction acide ou alcaline. Pour arriver à ce résultat, on emploie la couleur bleue de tournesol. Si cette couleur passe au rouge, c'est une preuve qu'il existe un acide quelconque dans la matière vomie. Il ne reste plus qu'à rechercher quelle est la nature de cet acide; et pour y parvenir, on emploie le procédé suivant:

On filtre la matière des vomissemens pour séparer la partie liquide des parties solides. La liqueur ainsi filtrée est versée dans une cornue de verre dont la composition n'est attaquée par aucun acide, excepté par l'acide fluo-silicique et fluo-borique, qui par cela même pourrait être reconnu. On pose la cornue jusqu'au col dans un bain de chlorure de calcium; on adapte au col de ce vase un ballon tubulé, d'où part un tube qui se rend dans un flacon contenant un peu d'eau distillée; on chauffe, et on distille les matières jusqu'à siccité. Le produit de la distillation qui se trouve dans le flacon doit contenir l'acide, qui est ou de l'acide acétique, formique ou benzoïque. Il faut donc que ce liquide donne une réaction acide.

Parvenu à ce degré de l'opération, on peut quelquefois déjà reconnaître la présence de l'acide acétique à son odeur particulière. Si l'acide contenu dans les matières est un acide minéral non volatil, le produit de la distillation ne montrera pas la réaction acide, parce que l'acide sera resté dans la cornue. L'acide volatil étant obtenu par ce procédé, on y ajoute du carbonate de potasse jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'effervescence, c'est-à-dire, jusqu'à ce qu'il ne se dégage plus d'acide carbonique, car alors on n'obtient plus de réaction acide. L'acide étant saturé par la potasse, forme un sel qu'on met dans une capsule de platine; on évapore jusqu'à siccité. Par cette évaporation, les matières liquides et étrangères s'évaporent, et le sel reste dans la capsule; on chauffe plus fort, jusqu'à ce que la matière soit fondue. Dans cet état, on dissout la matière fondue dans un peu d'eau, on filtre, on met le produit dans une cornue, on distille à une douce chaleur avec la moitié de son poids d'acide sulfurique étendu d'eau; on adaptera à la cornue un petit matras tubulé qu'on plonge dans un bain réfrigérent. Le produit de la distillation sera l'acide volatil.

Quant aux matières solides du vomissement, on y ajoute de l'eau, et on les traite de la même manière.

On reconnaîtra l'acide acétique aux propriétés suivantes: il est incolore, liquide à la température ordinaire, d'une odeur particulière, très piquante et forte; sa saveur est acide et caustique; il rougit le tournesol. Soumis à une température de quatre à cinq degrés, il se cristallise en larges lames; il entre en ébullition à plus de cent degrés. Son affinité pour l'eau est si grande, qu'il attire l'humidité de l'atmosphère, et augmente peu à peu de volume. Chauffé dans un vaisseau ouvert jusqu'à l'ébullition, il brûle avec une flamme bleue presque comme l'alcool. Sa pesanteur spécifique est de 1,063, et selon Richter, dans son plus grand état de concentration, de 1,07.

L'acide acétique forme avec la potasse un sel très déliquescent. Les acétates qu'il forme sont tous solubles dans l'eau, ils sont décomposés par les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique et phosphorique. Tous ces sels se décomposent par la chaleur, et on obtient, outre le produit que donne la décomposition des substances végétales, une

certaine quantité d'un liquide inflammable connu sous le nom d'esprit pyro-acétique. La combinaison de l'acide acétique avec le sulfate de potasse forme le sel de vinaigre.

Ce n'est qu'au hasard qu'on doit la découverte de l'action vénéneuse de l'acide acétique. D'après les expériences de M. Orfila, il est prouvé qu'il donne lieu à tous les phénomènes de l'empoisonnement par les acides forts, il agit d'autant plus rapidement qu'il est plus concentré.

(N° 413.)

ANATOMIE et PHYSIOLOGIE.

D'où viennent les filets nerveux qui animent les muscles de l'éminence Thénar?

On entend par éminence Thénar, cette partie du bord radial de la main, qui limitée en bas par l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce, en haut par les os du carpe, est formée par les muscles petit abducteur, opposant; petit fléchisseur et adducteur du pouce.

Les nerfs du plexus brachial d'où viennent les branches qui vont animer les muscles de l'éminence Thénar, sont les suivans : le nerf musculo-cutané émanant des cinquième, sixième et septième paires cervicales; le médian formé par les cinquième, sixième, septième et huitième paires, et le cubital par les septième, huitième paires cervicales, et la première dorsale.

La branche interne du nerf musculo-cutané ou cutané externe se rend dans les muscles du pouce; sa branche externe (postérieure), anastomosée en dehors de l'éminence Thénar avec un rameau antérieur de la branche antérieure du radial, donne des filets aux muscles petit abducteur et opposant du pouce.

Le premier rameau digital du médian donne plusieurs filets au court abducteur, opposant et court fléchisseur du pouce; le second rameau digital du même nerf, se porte sur le bord cubital du premier os du métacarpe, et donne un rameau au court fléchisseur de ce doigt.

Le rameau profond de la branche palmaire du cubital se termine en plusieurs filets dans le muscle adducteur du pouce.

(N° 1043.)

SCIENCES CHIRURGICALES.

A quels signes distingue-t-on les hernies des autres maladies qui peuvent les simuler?

On entend par hernie, la sortie d'une partie des organes à travers les parois d'une cavité qui les renferme, ou à travers une ouverture naturelle agrandie, ou accidentelle. La hernie survient à la suite du déchirement, de la destruction de ces parois, ou de la diminution dans la résistance qu'elles offrent ; elle peut provenir aussi d'une plus grande dilatation des organes même. On a établi trois différentes classes de hernies, selon les cavités sur les parois desquelles une hernie peut se former ; savoir : celles de l'abdomen, du thorax et de la tête. Les hernies de l'abdomen sont les plus fréquentes.

Pour établir le diagnostic entre les hernies et les nombreuses et diverses maladies qui peuvent les simuler, il est nécessaire de faire connaître d'abord les symptômes généraux qui accompagnent ordinairement ces premières affections.

Les hernies abdominales se forment quelquefois graduellement et presque insensiblement ; d'autrefois elles se produisent d'une manière subite et par l'action immédiate d'une cause excitante. Les douleurs qui accompagnent la formation de la hernie, sont ordinairement peu considérables, excepté dans le cas où elle apparaît subitement. La peau qui la recouvre n'est altérée, ni dans son tissu, ni dans sa couleur. La tumeur est molle et indolente au toucher, elle augmente de volume pendant des marches forcées ; la toux, les éternuemens, quand le malade retient sa respiration ; elle diminue, au

contraire, par le repos, la position horizontale du corps, et disparaît par la pression. Par l'exploration, on rencontre toujours à la base de la tumeur, un pédicule qui communique avec la cavité sur les parois de laquelle elle a son siége. Les hernies n'existent guère sans être accompagnées de troubles généraux, tels que coliques, flatuosités, gêne, vomiturítions, tiraillemens dans l'abdomen, surtout dans les hernies épiploïques, digestions lentes, constipation, alternant quelquefois avec la diarrhée. — Dans les hernies étranglées; les symptômes sont si graves qu'on ne peut guère les confondre avec d'autres maladies. La tumeur devient plus volumineuse, ses tégumens sont distendus, tiraillés, et par suite souvent enflammés; les parties contenues s'enflamment par la même cause, et l'inflammation se propage aussi aux organes circonvoisins. Si les intestins sont contenus dans le sac, les matières stercorales y sont arrêtées, alors survient une constipation complète, des nausées, des hoquets, des vomissemens de matières alimentaires, puis bilieuses, muqueuses, et à la fin des matières fécales. Les douleurs s'étendent à tous les organes contenus dans la cavité; il s'y joint une fièvre très intense, le pouls est petit, fréquent et dur; par suite de l'étranglement, les parties contenues dans la hernie deviennent gangreneuses, et si l'on ne parvient pas à débrider, la gangrène gagne les autres parties, et la mort en est le plus souvent la suite.

Les hernies de la cavité du thorax, ne se forment guère qu'à la suite des lésions traumatiques, des fractures des côtes, des déchiremens des muscles intercostaux, et à la suite de la destruction de ces mêmes parties par des ulcérations, la carie ou la nécrose. Elles sont ordinairement suivies de tiraillemens douloureux dans le poumon du côté malade. La respiration ne se fait que très incomplètement; la tumeur s'élève pendant les mouvemens d'inspiration et s'affaisse pendant l'expiration. Il est ordinairement facile de faire rentrer la partie du poumon herniée et de faire cesser tous les symptômes d'étranglement de cet organe.

Les hernies du cerveau ou encéphalocèles, sont presque toujours congéniales, et sont dues le plus souvent à un hydrocéphale interne

qui dilate considérablement le cerveau, ce qui empêche l'ossification des os du crâne. La tumeur paraît toujours dans les interstices des sutures et des fontanelles, elle offre des pulsations isochrones à la circulation cérébrale, souvent elle est transparente, et quelquefois la plus légère pression suffit pour faire tomber l'enfant dans un état de somnolence, duquel il ne revient que quand la pression a cessé. Les hernies accidentelles du cerveau peuvent naître par suite de causes traumatiques; elles ne sont accompagnées de symptômes graves que lorsqu'il y a une grande déperdition de substance osseuse, et alors elles sont aussi plus faciles à reconnaître, tant par l'état actuel de la hernie que par l'anamnèse.

Après avoir décrit les divers symptômes des hernies en général, il nous reste à énumérer les hernies des différentes régions qui, par leur forme et leurs positions spéciales, peuvent être confondues avec des maladies ayant la même apparence ou le même siége.

I. *Hernies inguinales.* Elles sont situées dans les régions de l'aine, et s'étendant plus ou moins loin de l'anneau inguinal dans le scrotum.

1° La hernie inguinale congéniale peut être confondue avec le testicule arrêté dans le canal, et qui quelquefois ne descend que très tard dans le scrotum. Dans ce cas, on doit fonder le diagnostic sur l'absence du testicule dans le scrotum et sur la sensation particulière que l'on éprouve en pressant la tumeur. Souvent aussi le testicule s'enflamme par l'étranglement et donne lieu aux symptômes d'une orchite différens de ceux d'une hernie étranglée.

2° Quand la hernie est descendue dans le scrotum, on pourrait la prendre pour une hydrocèle. Les symptômes par lesquels on peut distinguer ces deux affections sont, que l'hydrocèle se forme ordinairement de bas en haut, et peut même s'étendre à l'anneau inguinal; alors on reconnaît, en retirant le testicule malade, que la tumeur n'a pas de pédicule qui entre dans le canal. Outre cela, existent la consistance, la fluctuation, la transparence et l'absence des symptômes des troubles dans la digestion. Le diagnostic peut devenir plus difficile quand l'hydrocèle s'étend le long du cordon spermatique et que par

la grande tension de la tumeur on ne peut sentir de fluctuation ; dans ces cas, elle conserve toujours le même volume, quelle que soit la position du malade et les efforts qu'on fera pour la réduire.

3° *Le varicocèle et l'épiplocèle.* Si le varicocèle est bien volumineux, il ressemble souvent à une hernie inguinale ; on peut les distinguer cependant par la forme de la tumeur ; en palpant on sent distinctement le réseau veineux très dilaté. Les douleurs qui accompagnent le varicocèle sont causées par le tiraillement que subissent les veines et les artères spermatiques, et qui ont ordinairement leur siége dans la région lombaire d'où partent ces vaisseaux ; tandis que dans l'épiplocèle, les douleurs causées par le tiraillement de l'épiploon occupent les parois antérieures de l'abdomen. Quand on a réussi à faire disparaître la tumeur en couchant le malade horizontalement, et qu'en le faisant lever et rester debout on exerce une légère pression sur l'anneau inguinal, la tumeur reparaîtra si c'est un varicocèle ; si c'est une hernie, la pression suffira pour retenir les parties herniées. En exerçant une légère pression sur un varicocèle sans la diriger vers l'anneau, il perdra peu à peu de son volume ; mais une hernie ne pourra être diminuée qu'en cherchant à réduire les parties à travers le canal inguinal.

4° Les tumeurs inflammatoires du cordon peuvent souvent simuler des hernies et être confondues avec elles, surtout quand elles sont occasionnées par des causes mécaniques agissant sur la région inguinale, et qui auraient pu aussi-bien causer une hernie qu'une inflammation. Dans ces cas, l'inflammation peut même s'étendre au péritoine et aux organes abdominaux, provoquer des troubles dans la digestion, des vomiturition, des coliques, etc., et rendre ainsi le diagnostic encore plus difficile. Alors, il n'y aurait que le traitement antiphlogistique qui serait indiqué dans les deux cas, et pourrait, par son succès, nous faire reconnaître cette affection.

5° Dans le tissu cellulaire du cordon spermatique, il peut se former des tumeurs graisseuses qui ont beaucoup de ressemblance avec l'épiplocèle inguinal, et il est presque impossible de distinguer ces deux espèces de tumeurs l'une de l'autre. Il faut alors se guider

d'après les symptômes généraux des hernies qui, dans ces cas, manquent totalement.

6° Une collection de pus dans la région inguinale provenant d'un abcès du psoas ou même de la carie des vertèbres lombaires, peut être prise pour une hernie. En effet, cette tumeur augmente et diminue par les mêmes causes que les hernies, par la toux, les efforts, etc.; mais alors la fluctuation et les autres symptômes très graves de suppuration interne, la fièvre hectique, etc., guideront facilement dans le diagnostic.

II. *Hernies crurales.* Elles ont leur siége dans la partie interne du pli de la cuisse. Elles peuvent être confondues avec plusieurs tumeurs qui se montrent quelquefois dans cette région.

1° *Bubons ou engorgemens des ganglions lymphatiques de l'aine.* On distinguera ces deux maladies par l'examen minutieux de la tumeur qui paraît sortir par le canal crural. Si c'est une hernie, on peut la tirer en bas et suivre son trajet par l'arcade crurale au-dessus du sac; tandis que le bubon ne fait que couvrir ce même canal qui se trouve tout-à-fait libre si on parvient à déplacer la tumeur. L'absence des symptômes qui accompagnent les hernies, et par fois la présence des maladies qui auraient pu causer le bubon (syphilis, scrophules, dartres ou ulcères aux jambes, panaris, etc.) rendront le diagnostic encore plus sûr.

2° *Varice de la veine crurale.* Dans cette maladie la tumeur peut diminuer par la pression, par la position horizontale et augmenter pendant la toux, la marche, etc.; mais sa forme, dans laquelle on reconnaît par le toucher les veines dilatées, fait distinguer l'une de l'autre ces deux maladies. Souvent même, le seul aspect peut nous faire reconnaître cette affection à sa forme qu'on découvre à travers la peau amincie et l'aspect bleuâtre que lui communiquent les veines.

3° *Anévrisme de l'artère crurale.* Maladie très rare et qu'on reconnaît très facilement aux pulsations qui se montrent presque toujours dans les anévrismes et qui sont d'autant plus faciles à reconnaître que la situation du vaisseau est plus superficielle.

4° *Lipômes, kystes.* Des lipômes peuvent se former dans la région crurale et causer des doutes sur la nature de la maladie, comme j'ai eu occasion de le voir à l'hôpital S.t-Éloi : un homme de trente-cinq ans, portait depuis plusieurs mois une tumeur à l'aine gauche, qui paraissait se lier à un dérangement de l'estomac ; elle avait toutes les apparences des tumeurs graisseuses ; cependant sa forme allongée, ses adhérences intimes et sa fixité, etc., firent porter sur son compte diverses opinions par des praticiens également recommandables, dont l'un se prononça formellement pour une hernie épiploïque. Bientôt, M. Lallemand pratique l'ablation de la tumeur : c'était un simple lipôme, et le malade est sorti de l'hôpital peu de temps après parfaitement guéri.

Quant aux kystes qui peuvent se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané du pli de l'aine et simuler une hernie, ils en seront facilement distingués en ce qu'ils se développent lentement, sans symptômes inflammatoires ; leur forme est arrondie ou ovoïde ; la tumeur bien circonscrite n'adhère ordinairement ni à la peau, ni aux parties sous-jacentes ; par le toucher on sent qu'elle contient un liquide plus ou moins épais ; sa consistance varie selon la matière qu'elle renferme ; mais ce qui rend le diagnostic plus sûr, c'est qu'on ne peut ni la réduire, ni la diminuer par la compression.

5° *Abcès par congestion.* C'est ici le même cas que nous avons déjà étudié à l'occasion des abcès pouvant simuler les hernies inguinales ; les mêmes symptômes différentiels peuvent s'appliquer à ce cas.

III. *Hernies ombilicales.* Il n'y a guère de maladies qui puissent les simuler si ce n'est à la suite de rétentions prolongées d'urine, où plusieurs auteurs auraient vu se former à l'ombilic une tumeur contenant de l'urine qui, pour arriver jusque là, s'était pratiquée une voie par l'ouraque. Dans ce cas qui est très-rare, et qui accompagne certaines anomalies des organes génito-urinaires, on ne peut se méprendre en considérant les symptômes graves de la rétention d'urine, la nature de la tumeur qui montre la fluctuation ; l'issue de la maladie peut aussi nous éclairer, parce que ordinairement au bout de quelque temps, la peau couvrant la tumeur, s'ulcère et livre pas-

sage à l'urine. Dans l'ascite, la sérosité se fait quelquefois jour par l'ombilic, et forme une tumeur qui se reconnaît aux mêmes signes que la précédente et aux symptômes de l'ascite.

IV. *Hernies ventrales.* Elles peuvent se former dans les diverses parties de l'abdomen, et, d'après leur siége, être confondues avec différentes maladies. Sur la ligne blanche et les intersections tendineuses des muscles droits, on rencontre souvent des tumeurs graisseuses dont on reconnaît très facilement la nature par l'exploration et par l'absence des affections intestinales qui suivent les hernies. Ces sortes de tumeurs, aussi appelées hernies graisseuses, ont cependant quelquefois beaucoup de rapports avec de véritables hernies. Elles ont quelquefois un pédicule qui se prolonge à travers des ouvertures de la ligne blanche et adhère au péritoine ; on peut les réduire comme les hernies, et on les voit reparaître par les mêmes causes que ces dernières. Ces rapports présentent encore plus de difficultés si elles sont accompagnées de troubles intestinaux. On a même vu des cas où cette apparence était si trompeuse que plusieurs chirurgiens ne se sont aperçus de leur erreur qu'après une opération. Dans l'hypocondre droit, il peut survenir des abcès au foie qui se reconnaissent à une fluctuation plus ou moins distincte, et aux symptômes qui ne manquent jamais d'accompagner une maladie aussi grave que l'inflammation et la suppuration de cet organe. Les mêmes tumeurs à la suite de l'ascite, que nous avons signalées plus haut, peuvent aussi se former dans les différentes régions de l'abdomen ; dans tous ces cas les symptômes diagnostiques sont les mêmes.

V. *Hernies dorsales ou ischiatiques.* On peut les confondre avec des abcès et différentes tumeurs qui naissent dans cette région. La hernie même peut entrer en suppuration et être prise pour un abcès. En tout cas, elle est très difficile à reconnaître à cause de l'épaisseur des parties qui la recouvrent ; le diagnostic est encore plus obscur quand elle n'est que peu développée ; dans le cas contraire, on peut quelquefois sentir à travers les tégumens, les circonvolutions intestinales contenues dans la tumeur. Dans beaucoup de circonstances, il n'y a que la vessie qui entre dans le sac de la hernie ; on sent facilement

qu'alors le diagnostic est plus difficile. Dans des cas très rares, la hernie acquiert une dimension énorme; alors le vide dans l'abdomen ne laissera pas de doute sur la nature du mal. C'est surtout dans cette espèce de hernie que le chirurgien doit s'en tenir aux symptômes généraux pour établir son diagnostic. Comme cette hernie peut aussi être congéniale, on pourrait la confondre avec la *spina-bifida* qui se rencontre quelquefois chez les nouveaux-nés. Mais cette tumeur a son siége sur la ligne médiane du sacrum, tandis que la hernie est sur l'un des côtés. D'ailleurs, la tumeur montre beaucoup de fluctuation et très souvent elle est même transparente, de sorte qu'on n'a pas besoin de recourir aux autres symptômes très graves du spina-bifida pour le distinguer d'une telle hernie.

VI. *Hernie du trou ovale.* On ne peut avoir réellement de doute sur la nature de l'affection que quand elle naît chez les femmes; on pourrait alors la confondre avec les abcès qui se forment quelquefois dans les grandes lèvres. Une hernie se fera facilement reconnaître à la nature de la tumeur, à l'absence des douleurs, à la facilité de la réduire et aux symptômes généraux des hernies. L'œdème des grandes lèvres qui forme une tumeur pâle, molle, conservant l'impression du doigt, ne peut offrir de difficultés pour le diagnostic.

VII. *Hernie vaginale.* Dans les cas où la hernie n'a pas acquis un grand volume, on pourrait peut-être la confondre avec des tumeurs qui se présentent quelquefois sur les parois du vagin. La hernie se forme subitement, et sa formation est ordinairement accompagnée d'une douleur assez vive. D'ailleurs, l'aspect de la surface du vagin et la facilité de reconnaître par le toucher les parties contenues dans le sac, pourront éclairer le chirurgien sur la nature de l'affection. Comme cette hernie contient ordinairement la vessie urinaire, elle est presque toujours accompagnée de troubles dans les fonctions de cet organe et même d'inflammation assez grave. Les tumeurs qui se forment sur les parois du vagin sont très souvent suivies de dégénérescences de sa membrane muqueuse.

VIII. *Hernie périnéale.* L'augmentation du volume de la prostate peut former une tumeur saillante au périnée, mais il n'est guère

vraisemblable qu'on la prenne pour une hernie ; d'ailleurs, l'exploration externe et par le rectum les feront facilement distinguer ; on trouvera alors la prostate dure et circonscrite, signes qui diffèrent d'une hernie contenant des parties molles et mobiles.

IX. *Hernie du rectum.* Elle est toujours accompagnée de la chute du rectum, et pourrait quelquefois être prise pour une simple chute de cette partie, si celle-ci a déjà existé depuis long-temps et s'il s'était formé sur la muqueuse des indurations et des tumeurs de différente nature ; mais comme la partie malade est toujours à la portée d'être vue et touchée par le chirurgien, il ne peut que reconnaître, ou si la tumeur est formée par des intestins contenus dans le sac, ou par l'épaisseur des parois même.

Il nous reste encore quelques mots à dire sur les hernies qui ont leur siége au thorax et au crâne.

X. La hernie du poumon, soit congéniale, soit accidentelle, se reconnaît par l'examen des parties qui indiquera si la tumeur sort de la cavité du thorax ou si elle n'est qu'adhérente à sa surface ; dans ces sortes de hernies la tumeur montre toujours des mouvemens qui lui sont communiqués par la respiration. Une tumeur proéminente sur la cavité du thorax, pourrait, dans le cas d'empyème, contenir du pus, ou dans l'hydrothorax de la sérosité ; ces cas se reconnaîtront par la fluctuation et l'auscultation de la poitrine. Un emphysème à la suite du pneumo-thorax, laisse entendre au toucher une crépitation bien distincte.

XI. *Hernies de l'encéphale.* Les hernies de l'encéphale congéniales pourraient être confondues avec les bosses sanguines qui se présentent quelquefois sur la tête des nouveaux-nés ; mais la hernie a presque toujours son siége aux parties qui répondent aux sutures des os du crâne, tandis que les tumeurs mentionnées occupent les bosses pariétales ou les autres parties de la tête qui se sont présentées pendant l'accouchement à l'orifice de la matrice. Les hernies de l'encéphale accidentelles se voient ordinairement à la suite de lésions des os du crâne et occupent le siége même de la lésion où se trouvent des cicatrices qui avec le temps cèdent aux impulsions du cerveau et

le laissent sortir de sa cavité. Par le toucher on trouve, autour de de la tumeur, les bords de l'ouverture osseux et durs. Chez les vieillards, il se forme parfois des fongosités dans la dure-mère, qui par leur pression continuelle traversent le crâne et se font apercevoir à travers les tégumens. Des tumeurs formées de cette sorte pourraient faire naître des doutes sur leur nature; mais leur apparition qui n'arrive guère que dans l'âge déjà avancé et les douleurs très-vives dont elles sont accompagnées, qui même souvent causent des affections soporeuses, suffiront pour les distinguer d'une hernie de l'encéphale qui ne se forme jamais qu'à la suite de lésions traumatiques agissant sur les os du crâne.

(N° 1690.)

SCIENCES MÉDICALES.

De la nature du Croup.

Remarques historiques. Le croup, *angine laryngée, angine croupale, couenneuse, membraneuse*, que quelques auteurs modernes ont appelé tout simplement, à tort (je crois) *trachéite, laryngo-trachéite*, ne fut connu pour la première fois que vers la fin du seizième siècle. D'après les écrits des anciens, il paraîtrait que l'affection croupale leur était inconnue; cependant quelques auteurs ont cru trouver dans les écrits d'Hippocrate, d'Arétée et de Galien quelques passages qui ont rapport à cette maladie, mais aucun d'eux n'offre des signes assez caractéristiques qui puissent prouver que le croup leur était connu. Que ce soit silence de la part des anciens, ou vice dans la description de cette maladie, cela a porté plusieurs médecins à penser que le croup n'a été connu qu'à une époque très-rapprochée de la nôtre. Baillou observa le croup dans l'épidémie qui régna à Paris en 1575 (1). Mais il n'est plus fait mention jusqu'à Malouin en 1746 (2). A peu près à la même époque, Schultz, Halenius, Van-Bergen en dirent quelque chose, mais les idées qu'on se formait de ce mal furent bien vagues jusqu'à l'ouvrage de Home, qui, le premier, en 1765 (3), en donna une description complète et exacte. Peu de temps après, Michaelis écrivit sur le même sujet (4).

---

(1) *Opera omnia med. t.* 1, *lib.* 2.

(2) Mém. de l'Acad. des sciences; histoires des maladies régnantes à Paris.

(3) *Inquiry in tho the nature, and cure of. the croup; Edimb.* 1765.

(4) *Dissert. inaug, de anginâ polyposâ seu membrananâ ; Argentorat.* 1778.

Plus tard, parurent les ouvrages de plusieurs savans praticiens qui donnèrent une connaissance plus juste de cette affection. En 1807, l'empereur Napoléon en fit le sujet d'une question de concours, et on vit paraître plusieurs travaux remarquables qui jetèrent un nouveau jour sur le siége de cette cruelle maladie.

Symptomatologie. Il ne sera pas difficile de distinguer dans cette maladie trois périodes différentes, savoir : la période des symptômes intermittens, celle des symptômes rémittens et la période de l'exsudation.

I. *Période des symptômes intermittens.* Elle se fait ordinairement reconnaître par des symptômes précurseurs de quelques jours avant son invasion complète. Dans ce cas les enfans toussent, ont toujours le coryza, du malaise, de la chaleur, la voix est rauque; mais ces symptômes avant-coureurs ne se montrent pas toujours, et souvent la maladie se déclare tout-à-coup. Le malade est pris ordinairement vers le milieu de la nuit de quintes de toux accompagnées d'un bruit particulier, aigu et désagréable, que l'on a comparé à l'aboiement d'un jeune chien, au cri du jeune coq, de l'âne, au son que produit l'air en traversant un tuyau d'airain, etc., etc. Ce son est dû à la constriction spasmodique de la glotte, pendant laquelle chaque inspiration est sifflante, très sonore et se fait d'un long trait. L'expiration qui la suit est courte et difficile, l'air est expulsé par saccades de la glotte rétrécie; ce phènomène devient très-distinct par l'auscultation. Pendant l'accès, le cou se tuméfie, la face se gonfle, devient rouge et violacée, les yeux s'injectent, la respiration est abdominale. Les malades allongent le cou et portent la tête en avant. Le pouls est un peu dur, fréquent, petit, l'urine rougeâtre. Après l'accès les enfans sont pâles, très abattus; ils dorment une ou deux heures, et les mêmes symptômes reparaissent pour cesser vers le matin. Pendant le jour, tout paraît revenir à l'état normal, excepté la voix, qui devient rauque de temps en temps. Le soir, vers minuit, les accès se répètent, mais avec plus d'intensité, et offrent entr'eux des intervalles plus courts.

La durée de cette période n'est souvent que de vingt-quatre heures; dans d'autres cas, de quatre à six jours.

II. *Période des symptômes rémittens.* Dans celle-ci, la voix du malade est continuellement rauque. S'il est déjà dans l'âge de pouvoir s'exprimer, il se plaint de douleurs cuisantes dans le larynx et la trachée-artère; ces organes sont un peu gonflés à l'extérieur et douloureux au toucher. Si l'on examine l'arrière-bouche, on ne peut découvrir parfois aucune altération; dans d'autres circonstances, et ce sont les plus fréquentes, on trouve une vive rougeur s'étendant vers les amygdales. Si on touche l'épiglotte avec les doigts, on la sent tuméfiée, œdémateuse. Le contact du doigt, quelquefois même la déglutition, produisent de violens accès de toux; mais ils se montrent quelquefois aussi spontanément, sans aucune cause, et sont toujours accompagnés de douleurs et de suffocation. L'anxiété est extrême, la respiration est haletante, le cou allongé en avant, le son de la voix est rauque, la toux tubulaire, elle n'est plus tout-à-fait sèche, et les malades rejettent de temps en temps un peu de mucus mêlé de sang. Cet accès fini, ils dorment jusqu'à ce qu'un nouveau les réveille. Les symptômes fébriles ne se bornent plus aux accès, mais deviennent rémittens. Le pouls est un peu dur, fréquent; la peau est chaude, la langue légèrement couverte; les malades ont beaucoup de soif; l'urine est un peu rougeâtre, trouble; chez les uns les selles sont fréquentes, chez les autres il y a constipation.

La durée de cette période est variable depuis vingt-quatre heures jusqu'à six jours. Elle peut se terminer par la guérison, par la mort ou par la troisième période.

III. *Période de l'exsudation.* Les malades sont couchés sur le dos et tendent de plus en plus à allonger la trachée-artère en renversant la tête en arrière. La respiration est abdominale et très accélérée; le râle muqueux s'entend le long de la trachée-artère. De temps en temps viennent les accès de toux, mais accompagnés de vomissemens; les malades rejettent alors des quantités considérables de fausses membranes, souvent même des tuyaux entiers. La figure est décomposée, les yeux saillans, l'anxiété extrême, et les traits de la face dont la

pâleur est grande, expriment les douleurs auxquelles le malade est en proie. Si l'accès survient alors, il porte les main sur tous les objets environnans en cherchant un appui; il les porte au larynx comme pour en arracher l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air. Les extrémités sont froides; le pouls petit, faible, filiforme, fréquent irrégulier, intermittent; une sueur froide et visqueuse recouvre la tête et la poitrine. Dans plusieurs cas; la gêne de la respiration décide des congestisns cérébrales; d'autrefois le cerveau ne reçoit aucune atteinte sympathique du trouble respiratoire, et l'intelligence du malade reste intacte jusqu'à ce que la mort vienne mettre un terme à ses souffrances.

La durée de cette période dépasse rarement celle de vingt-quatre à quarante-huit heures.

La marche ordinaire de la maladie est celle que j'ai mentionné ci-dessus. On a voulu faire une distinction entre le croup du larinx et le croup de la trachée-artère; mais cette maladie affecte également ces deux organes.

Causes. Parmi les diverses causes qui favorisent le développement du croup, les unes sont intérieures ou individuelles, les autres extérieures ou générales.

On doit ranger parmi la première classe tout ce qui est relatif à l'âge, au sexe, au tempérament, et à plusienrs modifications physiologiques dues à certaines positions sociales, à l'éducation, aux habitudes, etc. Quant à l'âge, il a été constaté qu'il est assez fréquent depuis un an jusqu'à sept, moins depuis sept jusqu'à douze, et devient plus rare dans les âges suivans.

Les causes extérieures comprennent les changemens subits de l'atmosphère, son humidité, les saisons, principalement le printemps et l'automne. Les pays bas et humides favorisent aussi le développement de cette affection. Dans certaines angines, surtout dans l'angine couenneuse, le mal peut se propager sur la muqueuse du larynx. On a même prétendu que le principe contagieux de la rougeole pouvait occasionner non pas cette maladie, mais le croup.

Marche et durée. La marche de la maladie est plus ou moins aiguë.

La durée varie entre sept et quatorze jours ; la moindre est de quelques heures; la plus longue de quinze à dix-huit jours. Quand elle se termine en quelques heures, la mort a lieu par apoplexie, par suffocation, résultant de la constriction spasmodique de la glotte.

Terminaisons. Le croup peut se terminer 1° par la guérison complète. Elle a lieu si la maladie est enrayée dans sa marche par un traitement convenable dans la première et seconde période, ou par des crises générales, telles que la sueur, les dévoiemens critiques, l'excrétion de l'urine au fond de laquelle on trouve un sédiment. Dans la troisième période ; le produit morbide est rejeté par les vomissemens, et cette scène peut se répéter autant de fois que la fausse membrane s'est reproduite. Cependant, dans ce cas, la voix reste encore long-temps changée, elle est rauque, et le larynx est si délicat que souvent l'affection reparaît par la plus légère cause d'irritation.

2° *Par guérison incomplète.* La toux persiste, les crachats sont muqueux, purulens ; et si le traitement n'a pas été convenable, la phthisie peut se déclarer. Quelquefois la voix reste changée pour toujours, on trouve même des exemples d'une aphonie complète.

3° *Par la mort.* Elle peut survenir au début de la maladie par la constriction spasmodique de la glotte, par apoplexie cérébrale due aux accès de toux trop violens qui empêchent le retour du sang répandu dans le cerveau. On trouve alors des extravasations sanguines dans le crâne. La cessation de l'énergie vitale de l'organe malade, occasionnée par l'exsudation, la formation de la fausse membrane qui empêche l'entrée de l'air dans les poumons, donnent aussi lieu à la mort par suffocation. Ces deux derniers cas ne se rencontrent que lorsque la maladie est parvenue à la troisième période.

Pronostic. Il doit être basé sur l'âge des sujets, leur constitution et les causes auxquelles ils ont été soumis. Il dépend de la période de la maladie, de la succession plus ou moins brusque des accès et de leur durée, de la quantité du produit pathologique, et de la facilité ou difficulté de le rejeter au dehors. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est funeste. L'époque qui offre le plus de dangers

est celle où les organes de la respiration se développent, et celle de la seconde dentition, où l'on rencontre la maladie le plus fréquemment. Le prognostic est fâcheux, s'il existe des symptômes d'apoplexie cérébrale, si la respiration est abdominale, très gênée; si le pouls est petit, filiforme.

Quant à la mortalité, elle est différente selon les périodes. Authérieth prétend avoir sauvé tous les malades traités par lui au début de l'affection. Dans la seconde période, la mortalité est déjà plus grande; elle l'est bien plus encore dans la troisième. Jurine, sur vingt-huit malades, en a perdu trois; Goelis, cinquante-six sur deux cent cinquante-deux; Treber, dix-sept sur quatre-vingt-sept; Albers, un sur quatorze; ainsi, on peut mettre en totalité de quinze sur cent; mais quelquefois cette proportion est bien plus défarorable, car on a des exemples que sur dix, huit et même cinq, il en est mort un.

Caractères anatomico-pathologiques. Ils diffèrent selon la période où le malade a succombé. Dans la première, on trouve un rétrécissement spasmodique de la glotte, souvent gonflement œdémateux de ses ligamens et de ceux de l'épiglotte, rougeur de la membrane muqueuse du larynx. Les poumons sont engoués par un sang noirâtre des mucosités écumeuses; si on les incise ils dégorgent beaucoup de sang. Quand la mort a eu lieu par apoplexie, on trouve des extravasations sanguines dans le cerveau.

La deuxième période offre à peu près les mêmes phénomènes.— Dans la troisième période, on trouve la fausse membrane qui recouvre la muqueuse du larynx et de la trachée-artère. Cette fausse membrane peut acquérir jusqu'à l'épaisseur d'une ligne, elle forme ordinairement un tuyau d'une couleur jaune, consistant d'albumine coagulé; elle ne tient que faiblement à la membrane muqueuse et peut en être séparée très facilement. On rencontre souvent entre cette fausse membrane et la muqueuse un liquide purulent et ce sont principalement les ramifications des bronches qui le renferment. La muqueuse du larynx et de la trachée-artère est rouge, sa surface inégale, âpre au toucher. Les poumons sont d'une couleur bleue noirâtre, spléniés, ramollis, ils sont gorgés de sang veineux et se changent en une pâte

sous la pression des doigts. Le nerf pneumo-gastique, surtout son rameau récurent, est couvert d'un réseau de vaisseaux sanguins. Il existe un épanchement de sang dans le cerveau, si la mort a eu lieu par apoplexie.

Thérapeutique. Si le médecin reconnaît de prime abord la maladie, il suffit d'employer les dérivatifs qui doivent porter leur action sur les intestins et la peau, tels que le tartre stibié ou le vin stibié uni à l'oximel scillitique. Aux adultes, on donne, pour obtenir un effet plus sûr, le sulfate de cuivre à la dose d'un demi à un grain. On doit employer les vésicatoires au bras et même à la nuque. Mais cette méthode de traitement n'est utile que dans le premier accès, et tant que la maladie montre le type de l'intermittence. Si elle s'est entièrement développée, c'est-à-dire, si elle est dans la seconde ou à la fin de la première période, on emploie les antiphlogistiques; on applique des sangsues au cou, mais en assez grand nombre; si les accès sont assez véhémens pour faire craindre une apoplexie, on peut même faire des saignées générales au bras ou au pied, saignées qui doivent être proportionnées à l'âge et aux forces du malade. On doit encore chercher à obtenir une dérivation sur les intestins par l'emploi du proto-chlorure de mercure et de la poudre de Jalap. Dans les cas où les dévoiemens deviendraient colliquatifs et prendraient une consistance aqueuse, on donnerait la digitale ou l'acétate d'ammoniaque, pour faire une dérivation sur les reins ou sur la peau. A l'extérieur on emploie les pédiluves et les vésicatoires, ces derniers sont suivis du plus heureux succès, et sont indispensables dans le cas où la constriction spamodique de la glotte est très intense. Dans la troisième période, si l'éxsudation a déjà eu lieu, et qu'on entende le râle muqueux dans le larynx, dans la trachée-artère et même dans les bronches, alors les vésicatoires n'ont plus d'effet, et ils sont même nuisibles. On emploie, dans ce cas, les cataplasmes émolliens, les boissons délayantes, la diète, et on recommande au malade un silence absolu.

Dans la troisième période, lorsque la pseudo-membrane occupe un point étendu, il faut provoquer la sortie de ce corps étranger par les émétiques; on prévient par ce remède les quintes de toux qu'il

entretenait et les menaces de suffocation. Cependant, avant d'avoir recours à ces moyens, il faut essayer de provoquer le vomissement en chatouillant la luette à l'aide de la barbe d'une plume, qu'on peut mouiller, au besoin, avec de l'oxymel scillitique. Ce moyen est mis en usage si les malades ne peuvent plus avaler les remèdes; dans ce cas, la méthode endermique serait aussi indiquée. Les saignées locales diminuent les congestions vers le cerveau. On peut employer les fumigations émollientes; on a aussi conseillé de faire respirer les vapeurs du foie de soufre (foie de soufre, six à huit grains sur un demi-litre d'eau chaude). M. Bretonneau a conseillé d'insuffler de l'alun dans le canal aérifère, soit pour dissoudre la pseudo-membrane, soit pour détruire l'action sécrétoire de la surface malade. Si tous ces remèdes échouent, la seule indication à remplir est d'extraire la pseudo-membrane par la laryngo-trachéotomie ou par la trachéotomie seulement. Cette opération, qui compte un assez grand nombre de succès, ne doit se faire que dans les intervalles des accès.

La convalescence exige des boissons tièdes; des petites doses d'acétate d'ammoniaque pour agir sur la sécrétion de la peau; une diète adoucissante; défendre aux enfans de parler beaucoup, de crier. Si la toux persiste, on donne les mucilagineux avec des narcotiques (extrait de jusquiame, acide hydrocyanique), et les émolliens pour les indications locales.

Les homéopathes (Hahnemann et ses sectateurs) emploient contre l'affection locale, l'éponge calcinée à un décillionième, et le foie de soufre à un millionième de grain, et contre la fièvre l'extrait d'aconit à la même dose. Ils donnent alternativement ces remèdes toutes les dix minutes, si la maladie est intense; plus tard, toutes les deux ou trois heures.

Complications. Le croup peut se compliquer de plusieurs affections morbides, telles que la rougeole, la variole, quelquefois aussi la scarlatine, l'angine simple ou gangreneuse. Dans quelques cas, lorsque l'inflammation a son siége à la partie inférieure de la trachée-artère, elle peut gagner les bronches et donner lieu à une bronchite. On peut encore compter au nombre de ces complications, les

embarras gastriques, les spasmes, les convulsions, les fièvres ataxiques, adynamiques, etc.

Nature du croup. Les médecins ne sont pas encore d'accord sur la nature du croup; les uns, et c'est le plus grand nombre, le font consister dans l'inflammation de la muqueuse du larynx et de la trachée-artère, passant à l'excrétion et à la sécrétion d'une lymphe coagulable. Leur opinion est fondée sur les symptômes inflammatoires qui se remarquent dans la plupart des cas, et sur l'utilité et les effets du traitement antiphlogistique; sur les observations cadavériques dans lesquelles on a presque toujours trouvé des signes d'inflammation violente, et souvent à leur place des fausses membranes qui ne sont que le produit d'une phlegmasie aiguë portée à son summum d'intensité. Autenrieth à Tubingen, et Schoenlein à Zurich, ont séparé le croup de la laryngite, à cause de la participation que le nerf pneumo-gastrique aurait avec la maladie, et des altérations qu'ils prétendent avoir trouvées sur lui. Le premier a placé cette affection dans ses inflammations névro-paralytiques, et le second dans ses névro-phlogoses.

Cependant il y a de célèbres observateurs qui nient la nature inflammatoire du croup, et soutiennent qu'il n'est qu'une affection catarrhale du conduit aérien. Leur opinion est fondée sur le caractère catarrhal même; sur les causes qui, pour la plus part, ont de l'analogie avec celles qui produisent les affectious catarrhales; sur l'irritation de la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère; sur les excrétions muqueuses auxquelles elle donne lieu, sur le résultat qu'on obtient dans les autopsies et qui se remarquent aussi dans les autres catarrhes, soit de la vessie ou des intestins.

Au reste, ces différentes opinions ont assez d'analogie entr'elles, dans ce sens, qu'elles se fondent toutes sur l'irritation de la muqueuse.

Le croup peut aussi régner épidémiquement, ce qui est prouvé par des médecins de différentes époques; mais ce qui est hors de doute, c'est qu'il se montre le plus souvent sporadiquement, et principalement dans certaines localités.

Quant à la contagionabilité, la plupart des auteurs la nient, quoique l'expérience prouve que souvent le croup a été importé des lieux fort éloignés de ceux où se trouvaient plusieurs enfans affectés de cette maladie.

Il est aussi d'observation que cette affection est sujette à avoir des récidives, et qu'un enfant peut en être atteint à plusieurs reprises et après des intervalles plus ou moins longs. Le croup peut encore passer à l'état chronique, comme quelques faits semblent le prouver.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Messieurs
CAIZERGUES, doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE, *Examinateur*. Botanique.
LALLEMAND, *Suppléant*. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL, *Président*. Chimie médicale.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGES. Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS. Accouchemens. Maladies des femmes et enfans.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Patholog. et Thérapeut. génér.

Professeur honoraire.

Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS, *Suppléant*.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.
FAGES, *Examinateur*.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Examinateur*.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.